

## TOP 2 - Antrag 1: Fachärztliche Entbudgetierung bei hausärztlicher Überweisung

<b>Antragsteller*in:</b>	Dr. Sebastian Sohrab (Nr. 35), Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Joachim Wichmann (Nr. 34), Dr. Khaled Abou Lebdi (Nr. 33), Dr. Holger Grüning (Nr. 45)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert in einem ersten Schritt eine fachärztliche
- 2 Entbudgetierung, sofern eine haus- oder innerfachärztliche Überweisung vorliegt sowie
- 3 für die Fachgruppen ohne Überweisungsvorbehalt.

4

### Begründung

Zum Erhalt einer flächenhaften ambulanten medizinischen Versorgungsqualität, wie sie eindrucksvoll in der Covid-19 Pandemie gezeigt werden konnte, ist nach der beschlossenen Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich eine Verbesserung im fachärztlichen Bereich dringend geboten. Dies auch vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen wie z. B. dem geplanten nationalen Lungenkrebscreening, welches unsere Kolleginnen und Kollegen aus den haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Fächern vor neue Herausforderungen stellt. Nach den Ankündigungen des Ministers für Gesundheit, künftig Regelungen für einen verbesserten und zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu schaffen und daneben auch die Ambulantisierung zu fördern, wäre nun eine fachärztliche Entbudgetierung nach Überweisung der erste logische Schritt. Zumal die derzeitigen Auszahlungsquoten, die erheblich unter denen der Hausärzte liegen, schon jetzt vielerorts eine kostendeckende Leistungserbringung nicht mehr möglich machen. Der Blick auf statistische Durchschnittszahlen aller Fachärzte ist wenig geeignet, die problematische Situation, gerade auch in den grundversorgenden fachärztlichen Disziplinen, abzubilden.

## TOP 2 - Antrag 2: Refinanzierung der MFA-Tariflohnsteigerungen

<b>Antragsteller*in:</b>	Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Nr. 3), Dr. Michael Hubmann (Nr. 9a), Mark Barjenbruch (Nr. 27), Dr. Matthias Berndt (Nr. 30), Frank Dastych (Nr. 21), Dr. Roland Fressle (Nr. 5), Dr. Peter Heinz (Nr. 7), Dr. Burkhard Lembeck (Nr. 4), Dr. Christian Pfeiffer (Nr. 6), Dr. Stefan Roßbach-Kurschat (Nr. 16), Thorsten Schmidt (Nr. 28), Dr. Christian Schütte (Nr. 29), Dr. Helmut Weinhart (Nr. 11), Dr. Christiane Wessel (Nr. 13)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Der Vorstand wird aufgefordert, im Rahmen der Verhandlungen zum OPW ab 2025 mit den
- 2 Krankenkassen eine vollständige Refinanzierung der MFA-Tariflohnsteigerungen
- 3 umzusetzen. Sofern jetzt schon erkennbar gesetzliche Vorgaben dagegensprechen, gilt
- 4 es diese umgehend zu benennen und beim Gesetzgeber kurzfristig auf Abhilfe zu
- 5 drängen.

### Begründung

Im Rahmen der Verhandlungen zum OPW 2024 ist es gelungen, Tarifänderungen bei den Medizinischen Fachangestellten künftig direkt in den Verhandlungen zum Orientierungswert zu berücksichtigen. Dies gilt es im Rahmen der kommenden Verhandlungen aufzugreifen. Hierbei müssen aktuell die Preissteigerungen mindestens zweier Jahre, konkret der Jahre, die noch nicht in die Steigerungssystematik eingeflossen sind, berücksichtigt werden.

## TOP 2 - Antrag 3: Sicherstellung angemessener entbudgetierter Leistungen zur Vorbereitung und Nachversorgung bei Hybrid-DRG

<b>Antragsteller*in:</b>	Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Nr. 3), Dr. Michael Hubmann (Nr. 9a), Mark Barjenbruch (Nr. 27), Dr. Matthias Berndt (Nr. 30), Dr. Karsten Braun (Nr. 1), Dr. Roland Fressle (Nr. 5), Dr. Burkhard Lembeck (Nr. 4), Dr. Christian Pfeiffer (Nr. 6), Dr. Doris Reinhardt (Nr. 2), Dr. Stefan Roßbach-Kurschat (Nr. 16), Thorsten Schmidt (Nr. 28), Dr. Christian Schütte (Nr. 29), Dr. Helmut Weinhart (Nr. 11), Dr. Christiane Wessel (Nr. 13), Dr. Peter Heinz (Nr. 7)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert den Vorstand der KBV sowie die Gremien der
- 2 gemeinsamen Selbstverwaltung auf, dringend Regelungen zu schaffen, die eine
- 3 angemessene extrabudgetäre Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Zuge
- 4 der Vorbereitung und Nachversorgung der sogenannten Hybrid-DRG sicherstellen.

### Begründung

Mit der Einführung der sogenannten Hybrid-DRG soll das ambulante Operieren intensiviert und gefördert werden. Ob der derzeit sehr überschaubare Katalog an Hybrid-DRGs, der seitens des BMG festgelegt wurde, hierfür die richtige Grundlage ist, darf bezweifelt werden. Im Zuge der Verhandlungen zur Ausgestaltung und insbesondere zur Vergütung der Hybrid-DRG wurde jedoch deutlich klargestellt, dass die Vergütung der Hybrid-DRGs ausschließlich die operative Leistung, inkl. ggf. erforderlich unmittelbarer Vorbereitung und Nachversorgung umfasst.

Voruntersuchungen o. ä. sowie die Nachsorge (z.B. Verbandwechsel) etc. werden nicht aus der Vergütung der Hybrid-DRG finanziert. Dies ist insofern sinnvoll, dass hierfür komplizierte bilaterale Leistungs- und Abrechnungsvereinbarungen zwischen den an der jeweiligen OP beteiligten Ärztinnen und Ärzten erforderlich wären, deren Verhandlung und Umsetzung die gewünschte Ausweitung des ambulanten Operierens ggf. weiter verzögern würde. Gleichwohl ist der aktuelle Status Quo, dass für die Vor- und Nachsorge der Hybrid-DRG keine gesonderten Vergütungspositionen in der vertragsärztlichen Versorgung bestehen, weder inhaltlich sachgerecht noch wirtschaftlich akzeptabel.

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte benötigen dringend klare Regelungen und verbindliche EBM-Positionen für die Vor- und Nachsorge von Hybrid-DRGs, damit die gewünschte Ausweitung des ambulanten Operierens auch in der vertragsärztlichen Versorgung angemessen abgebildet werden kann. Diese neuen Leistungen im Rahmen der Hybrid-DRG sind selbstverständlich extrabudgetär zu vergüten.

Die Vertreterversammlung fordert deshalb die Verhandlungspartner insbesondere im Bewertungsausschuss dazu auf, entsprechende Regelungen zu schaffen, die eine angemessene und extrabudgetäre Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Leistungen, die im Rahmen der Vorbereitung und Nachversorgung der Hybrid-DRG erbracht werden, sicherzustellen.

## TOP 2 - Antrag 4 : Rahmenbedingungen zum Neustart der ePA im Sinne der Praxen setzen

<b>Antragsteller*in:</b>	Vertreterversammlung der KBV (Nr. 1100), Vorstand der KBV (Nr. 1210)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 1. Zum Start der (Opt-Out-)ePA zum 15.01.25 ist zu gewährleisten, dass die  
2 Praxisverwaltungssysteme die Befüllung und die Nutzung der ePA aufwandsarm  
3 unterstützen. Das Bundesministerium für Gesundheit steht in der Verantwortung,  
4 diese zentrale Voraussetzung für die Praxen zu gewährleisten. Sollten die  
5 Praxisverwaltungssysteme nicht in der Lage sein die Anforderungen zu erfüllen,  
6 müssen Nachteile für die Praxen ausgeschlossen sein.
- 7 2. Die Vertreterversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die  
8 Einführung der neuen ePA und der Opt-Out-Regelung mit einer Testphase zu  
9 verbinden. In dieser Testphase sind sowohl die technischen Auswirkungen zu  
10 prüfen und ggf. Anpassungen vorzunehmen als auch Auswirkungen auf Praxisabläufe  
11 zu evaluieren. Auch rechtliche Folgen der Einführung der neuen ePA sind zu  
12 evaluieren und soweit erforderlich Anpassungen vorzunehmen.
- 13 3. Die Vertreterversammlung fordert Klarheit und Transparenz zu Rechten und  
14 Pflichten im Umgang mit der neuen ePA. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit muss  
15 gewährleistet sein, dass die ePA keine unnötigen und zeitaufwändigen Prozesse in  
16 die Praxen verlagert. Insofern sind die Ansprüche der Versicherten im  
17 Zusammenhang mit der ePA leistungserbringerrechtlich klarzustellen. Hierfür muss  
18 für den Bewertungsausschuss eine konkretisierende Ermächtigungsgrundlage  
19 geschaffen werden.
- 20 4. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, eine Kampagne zur  
21 Information der Versicherten im Umgang mit der ePA durchzuführen. Versicherte  
22 müssen hierbei auch über ihre Mitwirkungspflichten im Rahmen der Behandlung  
23 informiert sein. Die Praxen eignen sich nicht als Ort zur Information über die  
24 ePA.
- 25 5. Die spezifischen Belange von Minderjährigen und nicht Einsichtsfähigen müssen  
26 gesondert Berücksichtigung finden, insbesondere im Hinblick auf mögliche  
27 rechtliche Implikationen.

### Begründung

Durch das Digitalgesetz wurde beschlossen, am 15.01.25 die sog. „Opt-Out-Regelung“ der ePA durchzusetzen. Damit verspricht sich das Bundesministerium für Gesundheit, dass statt der

bisher weniger als 1 % der Bevölkerung in Zukunft 80 % der Bevölkerung über eine ePA verfügen werden. Gleichzeitig wurde festgelegt, dass zum Start sowohl die Medikationsliste als auch der Medikationsplan als strukturierte Daten in die ePA integriert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringlich geboten, Rahmenbedingungen für die ePA zu setzen, damit es zum Startzeitpunkt nicht durch Unklarheiten zu Versorgungsschwierigkeiten kommt.

Ad 1.

Wesentlich für eine für die Praxen aufwandsarme ePA ist, dass die Praxisverwaltungssysteme der Praxen diese für die Praxen aufwandsarm befüllen können und gleichzeitig auch die Einsichtnahme unproblematisch unterstützt wird. Dies ist unerlässlich, um die Abläufe in den Praxen nicht zu stören und den Behandlungsprozess nicht zu belasten. Das Bundesministerium für Gesundheit als maßgeblicher Treiber der ePA steht hierfür in der Verantwortung. Zugleich muss gewährleistet sein, dass dann, wenn bei den Praxisverwaltungssystemen Schwierigkeiten entstehen sollten, Nachteile für die Arztpraxen ausgeschlossen bleiben. Dies kann nur dadurch erfolgen, dass in diesem Falle die bisherige Situation fortgeführt und entsprechende Ansprüche der Versicherten ausgesetzt werden.

Ad 2.

Technische Innovationen sind so auszugestalten, dass bestehende und etablierte Prozesse nicht belastet werden, so noch nicht gewährleistet ist, dass neue Prozesse hier funktionsfähig sind. Die Erfahrungen mit dem eRezept lehren insofern, dass über entsprechende Test- und Übergangsphasen die Erfordernisse der Versorgung sichergestellt werden können. Es ist an den Verantwortlichen, hierfür Sorge zu tragen und damit nicht zugleich die Akzeptanz zu beeinträchtigen.

Ad 3.

Die ePA führt zu Unsicherheiten im Zusammenhang mit den Pflichten der verschiedenen Beteiligten (Krankenkassen, Ärzten/Psychotherapeuten und Patienten). Es bedarf hier dringend der Klarheit über Rechte und Pflichten der einzelnen Betroffenen. Im Bereich der ärztlichen/psychotherapeutischen Pflichten ist diese am besten über eine entsprechende leistungserbringerrechtliche Regelung zu gewährleisten, da hierbei der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gewahrt bleibt und somit unnötige Inanspruchnahme von Behandlungskapazitäten ausgeschlossen wird. Für die Patienten obliegt es der Bundesregierung und den Krankenkassen hier entsprechende Mitwirkungspflichten zu regeln. Schließlich obliegt es den Krankenkassen, bei der ePA durch transparente Ausgestaltung ihres Angebotes dafür Sorge zu tragen, dass Berechtigungskonzepte an das geltende Recht angepasst sind (Sorgeberechtigte, Betreuer etc.).

Ad 4.

Gerade für die Patienten gibt es noch kaum Informationen über die Inhalte und Aufgaben der ePA. Es kann nicht richtig sein, dass diese Informationen in den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen bereitgestellt und diskutiert werden. Insofern obliegt es der Bundesregierung, hier über eine entsprechende Kampagne für Klarheit und Transparenz bei den Versicherten zu sorgen. Nur so ist zu gewährleisten, dass die Praxisabläufe durch den Neustart der ePA nicht beeinträchtigt werden und die Versorgung in gewohnter Qualität erfolgen kann.

## TOP 2 - Antrag 5: Probleme der Rechtsverordnung Hybrid-DRG

<b>Antragsteller*in:</b>	Dr. Helmut Weinhart (Nr. 11), Dr. Andreas Bartels (Nr. 37), Dr. Peter Heinz (Nr. 7), Dr. Karsten Braun (Nr. 1), Dr. Klaus J. Doubek (Nr. 23)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1 Die sektorenverbindende Versorgung in Form der Rechtsverordnung nach §115f ist seit  
2 Anfang Januar in Kraft. Auch wenn der derzeitige Leistungskatalog noch sehr klein und  
3 überschaubar ist, könnte mit dieser Rechtsverordnung ein wichtiger Grundstein für die  
4 Fachärztinnen und Fachärzte beider Versorgungsebenen gelegt werden, um die  
5 Ambulantisierung in Deutschland voranzutreiben.

6 Hierfür müssen zwingend Korrekturen vorgenommen werden, um eine Weiterentwicklung  
7 des Versorgungsumfangs und der sektorengleichen Vergütung überhaupt sinnvoll zu  
8 ermöglichen.

9 Die vorliegende Ermittlung der ausgewiesenen Vergütungsbeträge der Hybrid-DRGs ist  
10 nicht transparent; in der Begründung erfolgte keine explizite Erläuterung. In der  
11 Allgemeinen Begründung wird nur erwähnt, dass die ausgewiesenen Vergütungen „als mit  
12 dem Ambulantisierungsgrad gewichtete Mischpreise kalkuliert wurden“ und zu den  
13 Abläufen der Entstehung des Entwurfs wird darauf hingewiesen, dass dem BMG im August  
14 2023 die „finale Kalkulation der Hybrid-DRGs durch das InEK übermittelt“ wurde. Der  
15 Ambulantisierungsgrad einer isolierten OPS Procedere ist schwierig zu ermitteln und  
16 für die Preisbildung fraglich. Eine weitere Erklärung erfolgte nicht. Die OPS-  
17 bezogenen Sachkosten im EBM wurden bei der Preisbildung nicht berücksichtigt und die  
18 regional unterschiedlichen Regelungen im Sprechstundenbedarf blieben außen vor.

19 Forderungen:

20 Die jetzige Kalkulation des InEK bedarf dringend einer Nachjustierung bzw. sollte auf  
21 Grundlage der gesetzlichen Regelung erfolgen.

22 Die Abbildung von im Aufwand völlig unterschiedlicher Prozeduren in einer einzigen H-  
23 DRG muss korrigiert werden.

24 Die je nach OPS-Procedere realen Sachkosten sind in der Kalkulation der Hybrid-DRG zu  
25 berücksichtigen, indem diese aus der Kalkulation der Hybrid-DRG herausgenommen  
26 werden. Sachkosten sollten direkt und neben der Hybrid-DRG vergütet werden.

27 Für den Aspekt der Weiterbildung ist eine rechtliche Klarstellung dringend nötig, um  
28 diese Inhalte überhaupt noch weiterbilden zu können.

29 Nur mit der Umsetzung dieser Punkte wird aus dem ersten Aufschlag zur  
30 sektorenverbindenden Versorgung eine Weiterentwicklung möglich.

## **Begründung**

Die Herleitung der im §115 f aufgeführten OPS-Proceduren ist vom Umfang und Vergütung her der Selbstverwaltung vom BMG / INEK nicht nachvollziehbar erläutert worden.

Die Kalkulation „zwischen INEK und STABS“ gepaart mit dem sogenannten Ambulantisierungsgrad bleibt in den letzten beiden Schritten intransparent. Den Grad der Ambulantisierung zur Preisbildung zu benutzen bleibt fragwürdig.

Die Sachkostenkalkulation aus dem ambulanten Sektor durch das INBA wurde nicht eingebracht. Die regional unterschiedlichen SSB Regelungen können gar nicht berücksichtigt werden und führen zu einer unsinnigen Nebeneinander-Abrechnung §115f und SSB.

Die Regelung der aufgeführten Proceduren für die fachärztliche Weiterbildung fehlt.

Auf dem Boden dieser nicht gelösten Probleme in der aktuellen Rechtsverordnung ist eine Weiterentwicklung des §115f nicht möglich.

Aus diesem Grund müssen die Regelungen entsprechend adjustiert werden.



## TOP 2 - Antrag 6: Erkennbarkeit des Versichertenanspruchs auf bestimmte Leistungen in zukünftigen Datensatzformaten

<b>Antragsteller*in:</b>	Dr. Annette Rommel (Nr. 49), Dr. Thomas Schröter (Nr. 50)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Der KBV-Vorstand wird beauftragt, im Zuge der anwenderorientierten Weiterentwicklung
- 2 der Digitalisierung in Arztpraxen dafür einzutreten, dass der Versichertenstatus
- 3 hinsichtlich folgender Merkmale für die Behandelnden sichtbar gemacht wird:
- 4 - eingeschrieben in DMP, HZV bzw. sonstige Selektivverträge,
- 5 - als Schwangere in gynäkologischer Versorgung befindlich,
- 6 - als >65jähriger Mann das Bauchtaortenscreening in Anspruch genommen,
- 7 - das Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion gemäß der
- 8 Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie erhalten,
- 9 - Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms gemäß Teil II. § 5 der
- 10 Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme erhalten.

### Begründung

Medizinisch ist es sinnvoll und abrechnungstechnisch wichtig, bestimmte versichertenbezogene Umstände verbindlich nachvollziehen zu können. Dazu gehören auch die Einschreibung in bestimmte Programme oder Verträge. Im EBM gibt es zunehmend Gebührenordnungspositionen, die nur einmal im Leben der Versicherten abrechenbar sind. Regressanträge der Krankenkassen nach § 106d SGB V infolge Unkenntnis der Ärzte über DMP-Ausschreibungen bzw. Vorbehandlungen werden von der Rechtsprechung unterstützt und deshalb zunehmend gestellt. Möglicherweise kommt demnächst eine Jahrespauschale für Chroniker dazu, die ein zweiter in Anspruch genommener Hausarzt nicht ebenfalls abrechnen darf. Deshalb wäre es ein wichtiges Ziel, dass die bereits erfolgte Inanspruchnahme solcher Leistungen bei nachfolgenden Behandlungen durch andere Ärzte ohne inadäquaten Aufwand erkennbar ist.

## TOP 2 - Antrag 7: Aufnahme ambulanter Kinderoperationen der HNO-Heilkunde in den Katalog nach § 115f SGB V

<b>Antragsteller*in:</b>	Dr. Annette Rommel (Nr. 49), Dr. Thomas Schröter (Nr. 50)	
<b>Status:</b>	angenommen	
<b>Abstimmung:</b>	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltung:	3

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V werden aufgefordert, in die
- 2 Katalogleistungen nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die nach EBM
- 3 unterfinanzierten Operationen, z. B. die ambulanten Kinderoperationen der HNO-
- 4 Heilkunde, aufzunehmen.

### Begründung

Eine Möglichkeit, die operative Versorgung von Kindern zu verbessern, liegt nach Ausführungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände für HNO-Heilkunde und Phoniatrie und Pädaudiologie vom 28.02.2024 (siehe Anlage) in der zum Jahresbeginn eingeführten speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V.



Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.



DEUTSCHER  
BERUFSVERBAND DER  
HALS-NASEN-OHRENÄRZTE E.V.

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.



Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.  
Fachmedizine für Sprach-, Sinnen- und kindliche Hörstörungen

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

Bonn/Neumünster/München/Göttingen, 28. Februar 2024

## **Stellungnahme der Fachgesellschaften und Berufsverbände für HNO-Heilkunde und Phoniatrie und Pädaudiologie – Appell zur kostendeckenden Vergütung von HNO-Kinderoperationen**

Gutes Hören ist in jedem Lebensalter wichtig, insbesondere in der Kindheit, da hiervon sprachliche, intellektuelle und soziale Entwicklungen abhängen. Vergrößerte „Polypen“ (Adenoide) verursachen im Nasenrachen eine Verlegung des Belüftungsgangs zum Mittelohr (Tuba auditiva) mit nachfolgender Flüssigkeitsansammlung hinter den Trommelfellen (Paukenergüsse). Diese sind eine häufige Ursache für eine kindliche Schwerhörigkeit, wiederkehrende Infekte und nächtliche Atemaussetzer mit möglichen Nachteilen für die Kindesentwicklung. Nicht behandelte Paukenergüsse bergen neben Sprachentwicklungsverzögerungen und Störungen der allgemeinen Intelligenzentwicklung auch das Risiko der Entstehung von Cholesteatomen (chronische Knocheneiterung des Ohres) mit den entsprechenden gesundheitlichen und gesundheitsökonomischen Folgen.

Etwa jedes fünfte Kind entwickelt im zweiten Lebensjahr vergrößerte Adenoide. Fälle, die sich konservativ nicht beherrschen lassen, bedürfen operativer Maßnahmen. Die „Polypenentfernung“ (Adenotomie), „Mandelverkleinerung“ (Tonsillotomie), Trommelfellschnitt (Paracentese) und das Einsetzen von Paukenröhrchen sind in diesem Kontext international etablierte Therapieverfahren, welche durch entsprechend chirurgisch ausgebildete Hals-Nasen-Ohren-Ärzte durchgeführt werden.

In Deutschland besteht für diese Eingriffe mit den Erlösen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine erhebliche Unterfinanzierung, welche eine kostendeckende Durchführung der Eingriffe nicht mehr ermöglicht. Obwohl auf die Notwendigkeit einer finanziellen Anpassung seit Jahren hingewiesen wurde, kam es am 14. Dezember 2022 durch den Bewertungsausschuss der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zu einer Absenkung der Vergütung dieser Eingriffe.

Auf diesen Missstand haben der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. und der Deutsche Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V., bereits im Januar 2023 aufmerksam gemacht (1).

Auch wenn Kliniken sowie ambulante OP-Zentren versuchen, eine operative Grundversorgung der Kinder aufrechtzuerhalten – insbesondere bei Notfällen und besonders schweren Fällen – sind die Wartezeiten für die genannten ambulanten Eingriffe erheblich angestiegen und betragen teilweise über ein Jahr. Die Frustration über diese Situation artikuliert sich u. a. in mehreren Presseartikeln (2) und einer Online-Petition mit über 75.000 Unterzeichnern (3).

Nach nunmehr einem Jahr hat sich an der Vergütungsstruktur nichts geändert. Bisher gibt es, bis auf wenige Ausnahmen, keine konkreten Lösungsvorschläge der politisch Verantwortlichen und Selbstverwaltungspartner, obwohl sich geeignete Maßnahmen anböten, wie beispielsweise die Integration der Eingriffe in die zu Jahresbeginn eingeführte spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG).

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte, der Deutsche Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie sowie die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. appellieren an die Verantwortlichen, diese Missstände rasch und mit der gebotenen Sachlichkeit abzustellen – zum Wohle der ihnen anvertrauten Kinder.

*gezeichnet*

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Lang

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.



Prof. Dr. med. Jan Löhler

Präsident

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.



Dr. med. Barbara Arnold

1. Vorsitzende des Vorstandes

Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

*gezeichnet*

Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Mürbe

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

#### Quellen

- (1) [www.hno-aerzte.de/presse/pressemitteilungen/details/abwertung-ambulanter-eingriffe-hno-verbaende-rufen-zur-aussetzung-von-kinderoperationen-auf](http://www.hno-aerzte.de/presse/pressemitteilungen/details/abwertung-ambulanter-eingriffe-hno-verbaende-rufen-zur-aussetzung-von-kinderoperationen-auf)
- (2) [www.welt.de/vermischtes/plus249472842/Mandeln-Polypen-Paukenroehrchen-In-der-Schule-liest-sie-nur-noch-Lippen.html](http://www.welt.de/vermischtes/plus249472842/Mandeln-Polypen-Paukenroehrchen-In-der-Schule-liest-sie-nur-noch-Lippen.html)
- (3) [www.change.org/p/appell-an-politiker-und-krankenkassen-erhalten-sie-die-ambulante-hno-kinderchirurgie](http://www.change.org/p/appell-an-politiker-und-krankenkassen-erhalten-sie-die-ambulante-hno-kinderchirurgie)